Tuberculose cutanée

Dr Mokrani
Hopital central de l'armée

1

OBJECTIFS:

1. Connaitre les formes clinique
2. Etablir diagnostic positif

PLAN

I) Définition

une maladie **infectieuse chronique**

transmissible

mycobacterium tuberculosis ou *bacille de Koch* **(BK)**

ce sont toutes les manifestations dermatologiques en rapport avec la prolifération du BK dans la **peau**.

II)Epidémiologie

A)Incidence:

Son incidence globale est augmentée .

B)Répartition géographique:

Dans les pays en voie de développement+++

Pays occidentaux: diminution de la fréquence

-amélioration conditions socioéconomique

-nutrition ;hygiène de vie

-vaccin BCG

DEPUIS 1980: recrudescence

-immigration

-infection VIH

-résistance

Les facteurs favorisants:

Conditions socioéconomiques défavorables .

Mauvaise condition d 'hygiène .

Malnutrition.

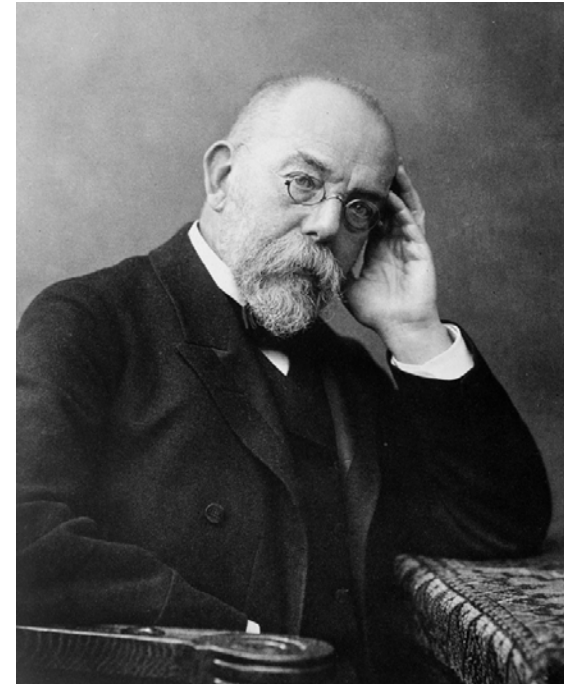
Mauvaise ou absence de vaccination BCG.

C)Agents:

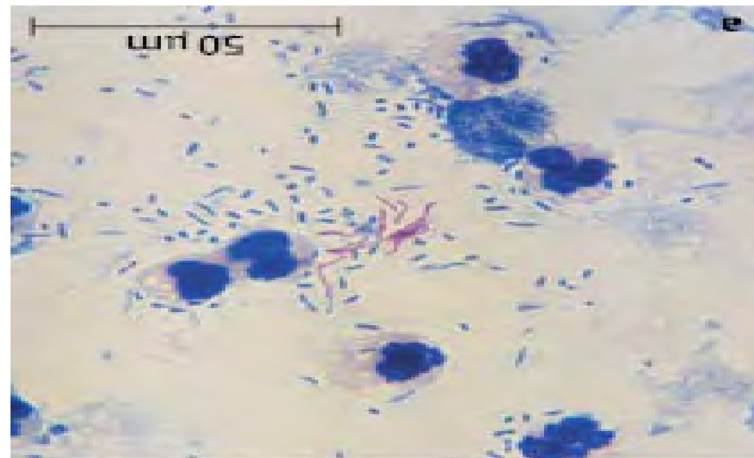
le *bacille de koch* ou mycobacterium tuberculosis hominis est une mycobactérie de 2 à 5 µm de longueur immobile sensible à la chaleur, résistante au froid

colorée en rouge par la fuchsine, non décolorée par l' acide nitriqueou l'alcool (bacille acido-alcoolo-résistant [BAAR])

Il se cultive en aérobie strict entre 35 et 37 °C sur milieux enrichis, notamment celui de Löwenstein- Jensen.







D)TRANSMISSION:

L'innocultion du BK a la peau se fait par:

transmission hématogène à partir d'un foyer pulmonaire .

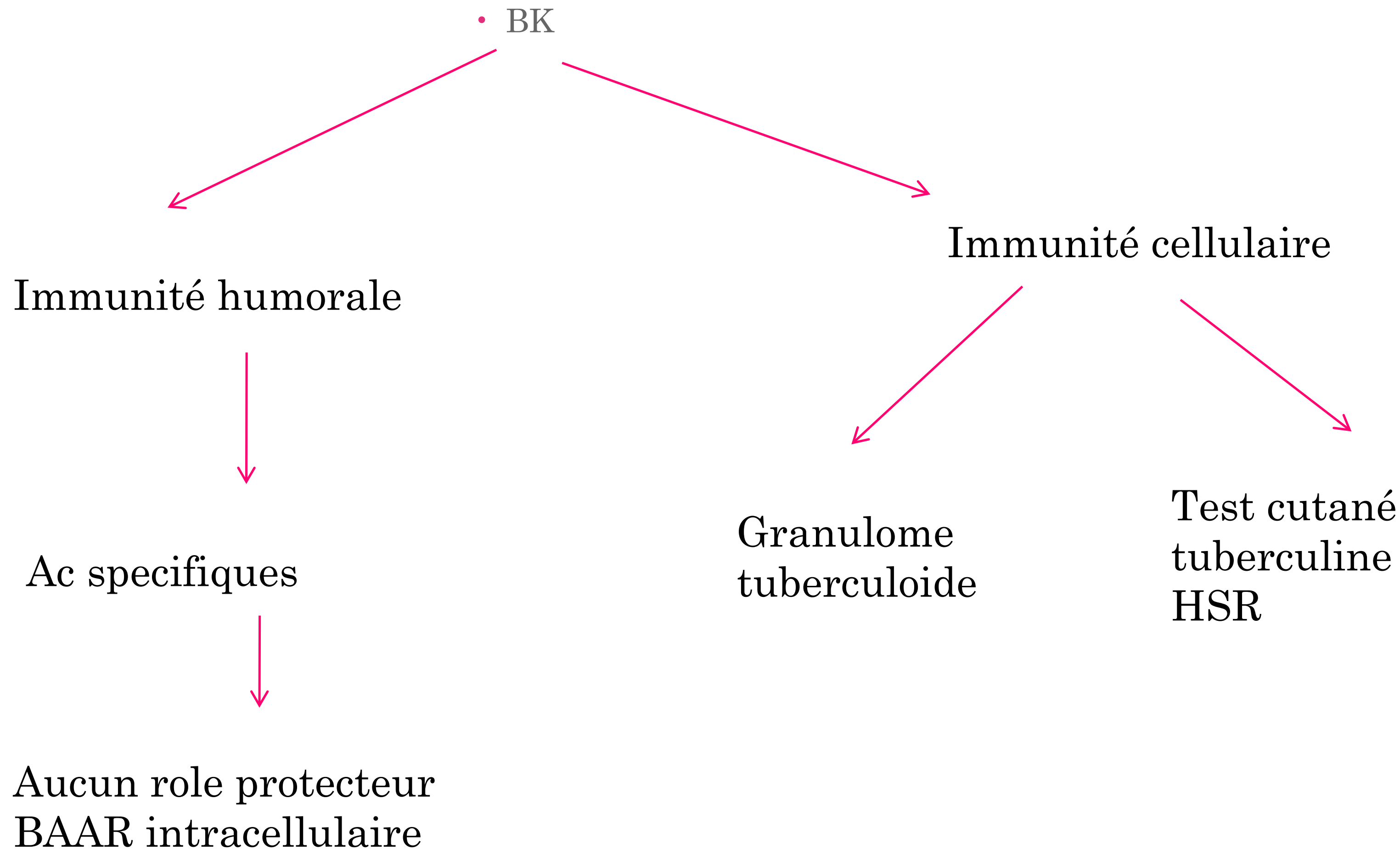
innoculation exogene: brèche cutanée ,contact avec un tuberculeux

Autoinnoculation: tuberculose pulmonaire(crachat); foyer digestif (tuberculose anale)

contiguité a partir d'un foyer sous jascent (adenite tuberculeuse ou foyer osseux)

Activité immunologique

- BK



III) Moyens de diagnostic

DIAGNOSTIC POSITIF

A)CLINIQUE:

- Notion de contage ,signes d'imprégnation tuberculeuse.
- Antécédents de tuberculose viscérale ou cutanée .
- Absence de vaccination au BCG.
- Aspect clinique : gomme : nodules évoluant en 4 stades .

  Lupus: placards aves centre atrophique et périphérie active.

B) PARACLINIQUE:



Eléments de présomption:

- hyperleucocytose avec hyper lymphocytose .
- vs accélérée.
- L'intradermoréaction (IDR)à la tuberculine(+):injection par seringue étanche de 10UIde tuberculine purifiée, lecture à 72 heure.

  (+) si induration à 6 mm ou plus.

  fortement positif si induration supérieure à 10mm

Tous les facteurs agissant sur l'immunité:

- (âges extrêmes, infections virales dont le sida, maladies auto-immunes, médicaments immunosuppresseurs ou corticothérapie générale, malnutrition...) peuvent négativer la réponse allergique ou la ralentir

- c'est pourquoi il importe d'effectuer une lecture répétée du test, non seulement à la classique 72e heure mais parfois jusqu'au sixième jour en raison de délais variables de positivité, fonction notamment chez l'enfant de l'état nutritionnel.

Eléments de certitude :

Recherche de BK dans la lésion.

Examen direct après coloration de Ziehl Neelsen.

Culture dans le milieu de Lowenstein Jensen.

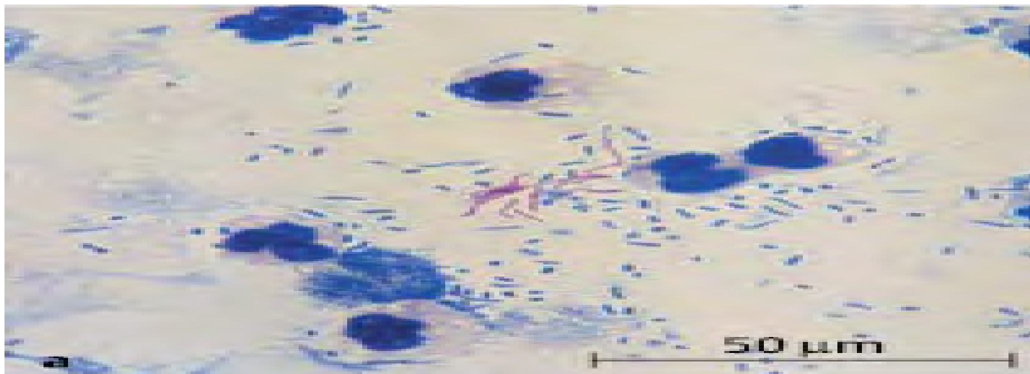




Fig. 4.12 **a** Ziehl-Neelsen staining of a urine preparation: Fine, red, acid-fast rods, which tend to stick together. Clinical diagnosis: renal tuberculosis.
b Culture of *M. tuberculosis* on egg nutrient substrate according to Löwenstein-Jensen: after four weeks of incubation rough, yellowish, cauliflowerlike colonies.

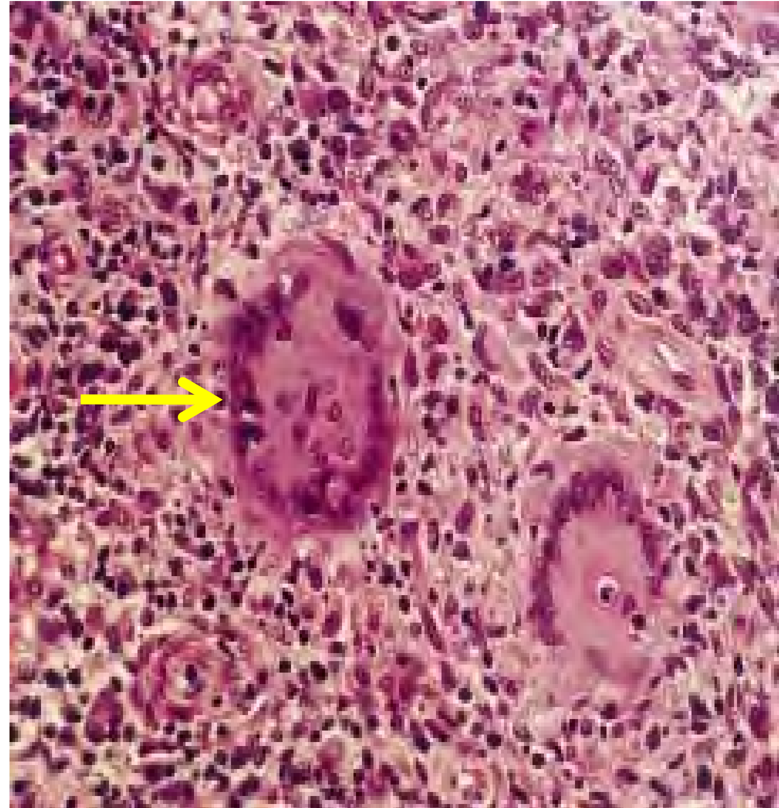
- <u>Histologie cutanée: </u> m.e.e de **<u>granulome tuberculoïde.</u>**

☞ Epiderme : peut être atrophique ou hyperplasique voire ulcéré .

☞ Derme : amas de cellules épitheliode, cellule géante de type langhans.

couronne périphérique de lymphocytes.

plus ou moins nécrose caséeuse centrale entourée de PNN et plasmocytes



- Autres méthodes:

PCR :analyse de la séquence de nucléotides dans les chromosomes des bactéries

Clinique

Classification tuberculose cutanée

1. Tbc primitive : chancre tuberculeux

2. Tbc secondaires

- Lupus tuberculeux
- Gommes
- Scrofulodermes
- Teberculose verruqueuse
- Tuberculose ulcereuse periorificielle
- Miliaire cutanée tuberculeuse

Chancre cutané de primoinfection

- Rare
- chez le **nourrisson** et le **jeune enfant**
- prédomine aux **membres inférieurs**, à la face et aux muqueuses orales et génitales.
- Le chancre muqueux est rare sa transmission peut être sexuel
- Porte d'entrée : plaie,tatouage, d'une contamination orale (baiser, par un lait contaminé).

Etude clinique



- Incubation:15j

Début:

- papule brune puis tubercule crouteux non spécifique

Phase d'etat :

- Ulcération: diamètre variable 1 a 3cm a bord décollés ,fond irrégulier sans caractère spécifique

- Adénopathie satellite
- Ferme au début, puis ramollissement et fistulisation


http://dermis.net

DIAGNOSTIC POSITIF

- BK dans la lésion et dans les ganglions à l'examen direct ou après culture.
- L'IDRT se **positive** après 3_4 semaines.
- A l'histologie:
- l'infiltrat inflammatoire non spécifique du début (comportant des polynucléaires neutrophiles avec présence de BK) ne devient granulomateux qu'après l'atteinte ganglionnaire en phase d'etat

DC DIFERENTIEL

- Furoncle, ecthyma
- Syphilis ,chancre mou
- Aphte
- Sporotrichose ,leishmaniose
- carcinome

Diagnostic diferentiel







EVOLUTION

- Sous traitement :favorable
- Absence de traitement:

Resurgence d'une autre forme clinique de tuberculose

Tuberculose cutanée secondaire

- Extension de voisinage
- Ré-inoculation
- Dissimination hematogene
- Lupus tuberculeux
- Gommes
- Scrofulodermes
- Teberculose verruqueuse
- Miliaire cutanée tuberculeuse

1) Lupus tuberculeux

Le lupus tuberculeux ou lupus vulgaire.

Transmission : ↗ résurgence parfois tardive d'un foyer pulmonaire.
↘ hétéro inoculation.

Il touche dans 2/3des cas une femme et siège surtout au visage.

1)la lésion élémentaire: est le lupome.

Nodule de quelque mm de diamètre.

Forme :légèrement bombé ou plat.

Couleur :rose ou jaunâtre translucide.

Consistance: molle.

Vitro pression: l'application d'un verre de montre sur la lésion met en évidence les lupomes qui tranche par sa teinte jaune.

1) Lupus tuberculeux

2)Groupement lésionnel: la coalescence des lupomes réalise le placard lupique à évolution centrifuge.

Taille : larges de plusieurs cm.

Forme arrondie ou ovalaire

Bords : irréguliers.

Couleur : érythémato violacée .

Après plusieurs mois d'évolution le placard prend un aspect caractéristique avec :

un **centre atrophique de couleur blanc nacré** et

une **périphérie érythémato violacée active.**

Signe fonctionnel : sensibilité variable.



Stade de début



Stade avancé

Lupus tuberculeux





Lupus tuberculeux

DC POSITIF:

- *IDRT : positive.
- *histologie : granulome tuberculoïde, la nécrose caséeuse est peu marquée souvent absente.
- *les examens bactériologiques(direct et culture) sont négatifs.

2) Les gommes tuberculeuses

- Ce sont des nodules dermo hypodermiques bien limités, qui finissent par se ramollir et fistuliser.

Il existe 02 types de gommes distinguées selon leurs origine:

 ***Les gommes vraies*** :rares, se voient chez les enfants dénutris et sur des terrains immunodéprimés. Elles résultent d'une dissémination hématogène du BK à partir d'un foyer tuberculeux préexistant .

Siege: membre ,muqueuse génitale et tronc.

 ***Les scrofulodermes***: les plus fréquentes atteinte cutanée par contigüité à partir d'un foyer sous jacent ganglionnaire ou ostéoarticulaire.

Siège:

- Si foyer ganglionnaire : cou ⟶ ***écrouelles*** , plis axillaires, inguinaux et sus claviculaires.

-Si foyer osseux :membres.

2) Les gommes tuberculeuses

Aspect: nodules uniques ou groupés en 3 à4 évoluant en 4 stades:

Stade de crudité: passe souvent inaperçu à la palpation on découvre un nodule sous cutané bien limité taille d'un pois à une noix , non adhérent au plan profond et superficiel , mobile , ferme et indolore .

Stade de ramollissement :le nodule se ramollit et devient fluctuant adhère à la peau qui devient violacée.

2) Les gommes tuberculeuses

Stade d' ulcération: sans traitement le nodule s'ouvre à la peau par des orifices fistuleux qui se rejoignent pour former une ulcération irrégulière à bords violacés déchiquetés décollés flottants à fond granuleux jaunâtre purulent.

Stade de cicatrisation: après plusieurs mois ou années on aboutit à une cicatrice fibreuse irrégulière souvent adhérente au plan profond donnant des brides rétractiles, pont fibreux, longuette.



Stade de crudité



Stade de ramollissement





Stade d'ulcération **Stade de cicatrisation**




http://dermatologie.free.fr Site FMC en Dermatologie
(C) Reproduction interdite

Ecrouelles



DIAGNOSTIC POSITIF

- **Gommes**
- les examens bactériologiques(Ziehl-Neelsen et culture) peuvent objectiver le BK.
- *histologie : le follicule tuberculoïde de Koëster est retrouvé avant le stade de l'ulcération.

- **Scrofuloderme:**
- Le BK peut être retrouvé au sein de ce granulome.

- histologie :granulome tuberculoïde comportant une importante nécrose caséeuse.

IV) Autres formes cliniques

3) TUBERCULOSE VERRUQUEUSE

elle se transmet soit par auto-inoculation tuberculeux qui s'essuie la bouche sur le dos de la main; soit lors d'un contact professionnel ou accidentel (vétérinaire, boucher...).

siège: habituellement aux extrémités (avant-bras, mains, pieds) mais aussi sur les fesses.

Aspect : elevure cornée grisatre ,une ou plusieurs plaques verruqueuses, à surface fissuraire, inflammatoires d'où la pression fait sourdre du pus.

Signes associés: l'adénite est inconstante.

L'IDR à la tuberculine est fortement positive .

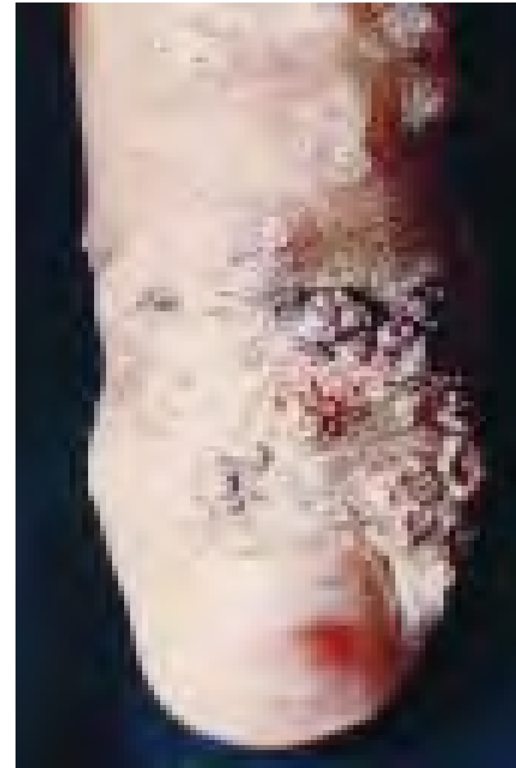
.


http://dermis.net



7 *Tuberculose cutanée d'aspect verruqueux en regard d'une atteinte osseuse plantaire*





Tuberculose verruqueuse

-diagnostic positif repose sur :

*anamnèse,

*clinique +siège,

*IDRT :fortement positive même phlycténulaire

*histologie :°granulome tuberculoïde avec nécrose caséeuse

°papillomatose et acanthose

°hyperkératose orthokératosique

*culture :positive dans un tiers des cas.

4) TUBERCULOSE ULCEREUSE ORIFICIELLE

Siège : autour de la bouche, autour de l'anus ou du méat et dans la région vulvaire.

c'est l' extension à la peau péri-orificielle ou à la muqueuse, d'un foyer tuberculeux profond : pulmonaire, laryngé, digestif ou urinaire.

Aspect : ulcérations à bords irréguliers et décollés, à fond fibrino-purulent, granuleux ; Les lésions génitales et anales ont une tendance végétante et verruqueuse.

Signes associés : poly adénopathie satellite inflammatoire.



- diagnostic positif :

*histologie : initialement un infiltrat inflammatoire non spécifique avec présence B.A.A.R, puis se forme une hyperplasie pseudo-épithéliomateuse.

*cultures positives.

5) MILIAIRE CUTANEE

Forme très rare de tuberculose cutanée.

Terrain: enfants miséreux, immunodéprimés.

elle résulte d'une dissémination hématogène à la peau à partir d'un foyer pulmonaire ou viscéral.

Aspect :elle se manifeste par des lésions cutanéo-muqueuses polymorphes très profuses et très graves : papules diffuses érythémato-violacées, pustuleuses ou purpuriques.

Signes généraux: altération de l'état général : fièvre et localisation multi viscérale .

.





Dc positif

- Mise en evidence du BK dans les lesions
- L'intradermo-réaction : négative signant l'immunodépression .
- Histologie: infiltrat non specifique
- Contexte clinique

Evolution:

- Abces

- Recherche d’autre localisation :

pulmonaire

meningée

VI)DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL

A) le lupus tuberculeux :

- La leishmaniose lupoïde :

séjour en zone d'endémie .
siège sur les zones découvertes.
évolution moins destructrice .

- Les tubercules syphilitiques

lésions plus dures rouge cuivrées .
Sérologie syphilitique positive .
existence d'autres manifestations de la syphilis.
Histologie : infiltrat plasmocytaire .

- La sarcoïdose dans sa forme lupoïde .
- Le lupus érythémateux discoïde.

VI)DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL

B)Les gommes :

- Gomme syphilitique :

antécédents de syphilis.

évolution plus rapide.

ulcération limitée à bords taillés à pic adhérents aboutissant à une cicatrice arrondie .

- Gommes mycosique : sporotrichose.

lésions le long d'un trajet lymphatique.

Examen mycologique positive.

Culture sur milieu de sabouraud positif.

Réponse au traitement antimycosique.



- Gommes pyococcique : nodules inflammatoires et suppuratives de l'hypoderme.

évolution subaiguë parfois chronique.

siège sur le visage sans tendance à l'ouverture à la peau .

réponse au traitement antibiotiques.

VI)DIAGNOSTIC DIFFÉRENCIEL

C)Tuberculose verruqueuse : se pose avec

- la verrue vulgaire.
- la leishmaniose.
- le carcinome spino cellulaire.

Verrues vulgaires des mains



Leishmaniose cutanée dans sa forme verruqueuse



TOUTE LES VARIETÉS DE TUBERCULOSE SONT CONTAGIEUSE A DES DEGRÉS VARIABLE

Miliaire ++++

Gommes ++++

Scrofuloderme++++

Tuberculose periorificielle++

Chancre++

Tuberculose veruqueuse++

Lupus tuberculeux +/-

VII)TRAITEMENT

Armes thérapeutiques :

A)Isoniazide (H):

Elimination surtout hépatique.
Présentation :cp à 50 et 150mg.
Amp inj de 500mg .
Posologie : 5mg/kg/J.
Toxicité :
cytolyse hépatique .
polynévrite sensitivomotrice.
Rhumatologique.

VII) TRAITEMENT

B)Rifampicine (R):

Donne une couleur rouge orangée des urines.

Présentation: gel de 300mg.

Posologie : 10mg/kg/j à distance des repas en une seule prise.

Toxicité:

Hépatique .

Insuffisance rénale aigue.

Troubles digestifs mineurs.

VII) TRAITEMENT

C)Pyrazinamide (Z)

Excrétion rénale.

Présentation: cp à 500mg.

Posologie: 30mg/kg/j.

toxicité :

Hépatique.

Crise de goutte .

Cutanée .

VII) TRAITEMENT

D)Ethambutol (E):

Présentation :cp de 100et400mg .

Posologie:

20mg/kg/j.

Toxicité : névrite optique .

VII) TRAITEMENT

Conduite thérapeutique :

A)En cas de tuberculose cutanée isolée : adulte ≥ 50KG

Trt d'attaque : pendant 2 mois.

2cp d' H à 150mg
2gel de R à300mg } 2cp de Rifinah à 300mg

4cp de Z à500mg

Trt d'entretien : RH pdt 4mois.

B)En cas de tuberculose cutanée avec foyer à distance:

RHZE=2mois puis RH=4mois

Ethambutol : (3cp /j).

Substances actives	Doses* recommandées chez l'enfant à partir de l ' âge de 3 mois (fonction du poids corporel de l ' enfant)
Isoniazide (INH)	10 (10-15) mg/kg
Rifampicine (RMP)	15 (10-20) mg/kg
Pyrazinamide (PZA)	35 (30-40) mg/kg
Ethambutol (EMB)	20 (15-25) mg/kg